

**AUTORISATION
DE COMMUNIQUER
DES RENSEIGNEMENTS
CONTENUS AU DOSSIER**



Nom et prénom à la naissance	
Adresse	
No de la RAMQ	Date de naissance

Nom et prénom du père	Nom et prénom de la mère
Autres noms utilisés antérieurement	

Je, soussigné(e), _____
Nom et adresse

en ma qualité de _____
Patient ou personne autorisée

autorise l'établissement _____

à faire parvenir à _____

les renseignements suivants : _____

pour les soins ou services reçus se rapportant à la période suivante : _____

contenus dans le dossier du patient ci-dessus identifié.

Cette autorisation est valable pour une période de _____ jours à compter de la date de la signature de ce document.

Signataire : patient ou personne autorisée

Date

Témoïn à la signature

Date